UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 102

LES

TROUBLES PSYCHIQUES

DANS LA

CHORÉE DE SYDENHAM

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1912

PAR

TERRASSON DE FOUGÈRES

Né à Aix-en-Provence, le 12 janvier 1885

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MAIRET, Professeur, *Président.*
VIRES, Professeur. } *Assesseurs.*
LAGRIFFOUL, Agrégé. } *Assesseurs.*
EUZIERE, Agrégé

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

LES

TROUBLES PSYCHIQUES

DANS LA

CHORÉE DE SYDENHAM

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546002_0116

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 102

LES

TROUBLES PSYCHIQUES

DANS LA

CHORÉE DE SYDENHAM

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1912

ACAD. MED. BAT. BIBL.

PAR

TERRASSON DE FOUGÈRES

Né à Aix-en-Provence, le 12 janvier 1885

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MAIRET, Professeur, *Président.*
VIRES, Professeur.
LAGRIFFOUL, Agrégé. } *Assesseurs.*
EUZIERE, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct

Examinateurs de la thèse ;

MM. MAIRET, professeur, *président.*	MM. LAGRIFFOUL, *agrégé.*
VIRES, *professeur.*	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon amour et de profonde gratitude.

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

MEIS ET AMICIS

TERRASSON DE FOUGÈRES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

DOYEN DE LA FACULTÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

LAGRIFFOUL ET EUZIÈRE

TERRASSON DE FOUGÈRES.

AVANT-PROPOS

A la veille de soutenir notre thèse, il nous reste l'agréable devoir de remercier toutes les personnes qui se sont intéressées à nous et nous ont encouragé dans nos études.

Que notre père et notre mère nous permettent de les assurer encore une fois de notre profonde reconnaissance pour les longs sacrifices qu'ils se sont imposés pour nous.

Nous remercions également nos beaux-frères, M. Marc David et M. le capitaine Porteret, de l'aide morale et matérielle que nous avons toujours trouvée chez eux.

Nous remercions M. le docteur Brégeat, chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Oran, dont l'enseignement pratique nous a été si utile, de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné et de l'amabilité avec laquelle il nous a toujours reçu.

C'est toujours avec plaisir que nous nous souviendrons de nos camarades de l'internat d'Oran et des bonnes relations que nous avons toujours eues avec eux.

Nous remercions aussi M. le docteur Robert, de la sympathie avec laquelle il nous a accueilli.

Que M. le professeur Mairet, doyen de la Faculté, nous

2° la chorée de Huntington, chronique, progressive, héréditaire et survenant chez les adultes.

Les autres variétés de chorées et certains états choréiformes peuvent être considérés comme se rattachant plus ou moins à l'un ou à l'autre de ces deux syndromes. C'est ainsi que la chorée des femmes enceintes, la chorée des dégénérés et certains états choréiformes infectieux mortels sont rattachés à la chorée de Syndeham.

Ces deux types de chorées étant ainsi posés d'une façon un peu schématique il est facile de se rendre compte que, dans chacun d'eux, l'importance des troubles moteurs est habituellement la raison inverse de celle des troubles psychiques.

Dans la chorée de Sydenham, les mouvements présentent leur maximum d'intensité tandis que les troubles psychiques sont ordinairement à peine existants.

A contraire, dans la chorée de Huntington, les mouvements choréiques sont généralement modérés, tandis que les troubles psychiques atteignent leur complet développement et évoluent sur un fond démentiel.

Ces deux propositions sont vraies dans l'ensemble, mais il faut savoir qu'elles n'ont rien d'absolu.

Les troubles psychiques, habituellement légers de la chorée de Sydenham, peuvent parfois s'exagérer et donner lieu à des troubles mentaux plus graves. Dans quelques cas, on a pu décrire une véritable aliénation mentale.

Il nous a paru intéressant de rechercher l'existence de ces troubles psychiques dans la chorée de Sydenham, de les décrire et de voir si l'on devait les considérer comme simplement surajoutés à la maladie ou comme faisant partie intégrante de la chorée.

Nous nous attacherons à décrire tous les troubles psychiques rencontrés dans la chorée de Sydenham, sans

nous occuper, pour l'instant, du rapport plus ou moins étroit qui les unit à la chorée.

Nous essaierons ensuite de déterminer la pathogénie de ces différents troubles.

HISTORIQUE

Depuis longtemps, a été signalée l'existence d'un état mental particulier chez les choréiques.

Dès 1614, *Plat*, *Tulpius*, *Sennert* envisagent la chorée comme une véritable aliénation mentale.

Toutefois, Sydenham, dans sa description magistrale de la chorée, ne mentionne aucun trouble psychique.

Dutil, dans le Traité de pathologie mentale de Gilbert-Ballet, s'étonne à juste titre de ce silence.

Le premier travail d'ensemble sur la question est dû à Marcé, en 1859. Dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine, cet auteur insiste sur les modifications de caractère et les hallucinations présentées par les choréiques de Sydenham.

De nombreuses études ont été faites depuis. Nous nous bornons à rappeler les principales : les articles de Bell sur la folie choréique (1886) ; les leçons cliniques sur la folie de la puberté et la manie choréique de M. le professeur Mairet (1889) ; les publications de Joffroy sur les myopsychies et les troubles mentaux choréiques ; la thèse de Breton, et la revue générale publiée par Rémond et Voivenel dans la *Presse médicale*.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE CLINIQUE

Les troubles psychiques que l'on peut observer au cours de la chorée de Sydenham forment trois groupes qu'il importe de distinguer très nettement :

1° La presque totalité des malades atteints de chorée de Sydenham présentent un état psychique particulier constitué essentiellement par des modifications de caractère. Il s'agit là des troubles excessivement légers qui sont tout à fait au second plan parmi les symptômes de la maladie mais qui ne sont pas négligeables. On peut les décrire sous le nom : *d'état mental habituel dans la chorée de Sydenham.*

2° Sur ce fonds commun apparaissent, dans certains cas, des manifestations psychiques plus nettes. On observe de l'embrouillement intellectuel, des hallucinations et des délires en rapport avec ces dernières. Ces troubles sont de gravité variable, parfois très bénins, d'autres fois graves et même mortels. D'une façon générale, ce qui les caractérise, c'est leur fugacité.

3° Dans des cas exceptionnels, un choréique de Sydenham peut être un véritable aliéné. Il ne s'agit plus d'un délire passager, mais d'une folie persistante.

Nous décrirons successivement ces trois groupes de faits cliniques:

A. — Etat mental habituel dans la chorée de Sydenham

Cet état mental se caractérise essentiellement par des modifications de la sensibilité et du caractère.

On se trouve en présence de petits malades d'une émotivité extrême. Cette transformation de l'être sentant précède souvent l'apparition des mouvements choréiques et répond à une véritable phase prodromique. Des enfants, jusqu'alors dociles, deviennent maussades, capricieux, boudeurs. Leur humeur est labile et leur instabilité se manifeste sous l'influence des causes les plus légères. Ils présentent des sautes d'humeur, passent facilement de la joie à la tristesse, des rires aux larmes. Ils sont souvent en proie à des peurs angoissantes ou se laissent aller à la colère. Pour une contrariété souvent futile, ils se montrent méchants, brisent les objets qu'ils ont sous la main, battent leurs petits camarades ou même d'autres personnes de leur entourage.

A côté de ces modifications de la sensibilité, l'intelligence reste habituellement intacte. Cependant, l'instabilité que nous avons notée dans l'être sentant, se retrouve dans l'être intellectuel. Les idées présentent souvent peu de liens entre elles et se succèdent rapidement.

Ziehen a prétendu que le choréique avait de l'exagération de l'attention, c'est-à-dire de l'hyperprosexie. Pour Berstein, il y aurait à la fois de l'hyperprosexie et de l'hypoprosexie. Rémond et Voivenel pensent que l'atten-

tion est nettement diminuée : « En réalité, l'esprit des choréiques se porte successivement et rapidement sur de nombreux points, mais ne se fixe sur aucun. Ils sont perpétuellement distraits, Leur attention, sollicitée de plusieurs côtés à la fois, ne peut se limiter à un objet précis. Elle participe à l'instabilité des autres fonctions psychiques. » (Margarot.)

D'après Sollier, il existerait des troubles de la mémoire liés à la difficulté qu'éprouvent les malades à fixer leur attention. La mémoire serait ainsi conservée dans son fonds, tout en paraissant diminuée. Si, dans beaucoup de cas, il en est ainsi, chez un petit nombre de sujets, elle se trouve nettement affaiblie. On observe en même temps chez eux un certain degré d'obnubilation intellectuelle et un épuisement cérébral rapide. Sur leurs facies se traduisent la dépression, la maussaderie et l'hébétude (Ollivier).

« A côté du type classique précédemment décrit, il y a donc lieu d'admettre l'existence d'un second type de malades. Les uns, nous l'avons vu, sont émotifs, irritables, présentent une instabilité perpétuelle, mais leur intelligence reste intacte. Les autres ont l'esprit engourdi. Ils sont obtus, apathiques, indifférents. » (Margarot.)

L'activité volontaire des choréiques est également modifiée ; chez eux, l'aboulie est la règle. L'enfant, qui se montrait jusqu'alors appliqué, devient paresseux, présente une instabilité psycho-motrice qui se traduit parfois par une activité désordonnée. Il est incapable de se livrer à une occupation suivie.

B. – Délires dans la chorée de Sydenham

Ces délires, dans la chorée de Sydenham, sont ordinairement liés à des hallucinations et s'accompagnent d'embrouillement intellectuel. Marcé, dans son Mémoire à l'Académie de médecine (1860), insiste sur la fréquence des perversions sensorielles. Il indique très nettement qu'elles sont surtout visuelles et se rapportent à des choses effrayantes ou tristes, à des animaux féroces ou à des précipices.

Il existe de nombreuses variétés de ces manifestations psychiques, mais elles ne présentent entre elles aucune modification fondamentale et ne se distinguent les unes des autres que par leur intensité et leur degré variables. Il s'agit toujours d'un délire hallucinatoire accompagné d'un certain degré de confusion mentale.

On peut décrire trois types principaux :

1° Des cas légers constitués par de simples hallucinations hypnagogiques.

2° Des cas moyens, dans lesquels s'observe un délire hallucinatoire plus net et un léger degré de confusion mentale.

3° Des cas graves dans lesquels on note de la confusion hallucinatoire avec excitation ou stupeur et se terminant habituellement par la mort.

a) *Cas légers : hallucinations hypnagogiques.* — Cette forme bénigne répond à des manifestations oniriques. L'hallucination, presque toujours visuelle, apparaît au

moment où l'enfant va s'endormir. D'autres fois, le sommeil est troublé par des cauchemars terrifiants. L'enfant se réveille anxieux et continue à vivre son rêve. Les mêmes visions s'offrent à ses regards. Il se trouve alors dans une sorte d'état crépusculaire. Au bout d'un certain temps, l'hallucination disparaît, le malaise physique s'atténue, la conscience revient, mais le malade reste abattu, déprimé, enclin aux idées mélancoliques. Un exemple de ces troubles psychiques est fourni par un malade de la clinique de M. le professeur Mairet, dont l'observation a été publiée par M. Margarot.

Il s'agit d'un enfant de 14 ans qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu intense, a réalisé une chorée de Sydenham. Il a le sommeil fréquemment interrompu. Des cauchemars lui procurent un violent sentiment de peur. Il assiste à des batailles, se bat lui-même à coups de poing. Les visions commencées en rêve se poursuivent dans une sorte de demi-conscience, puis cet état se dissipe, mais l'impression de cauchemar persiste, et l'enfant songe toute la journée à ce qu'il a vu. Parfois, une véritable sensation d'angoisse et de constriction thoracique accompagne le réveil.

b) *Cas moyens : délire hallucinatoire et léger degré de confusion mentale.* — Des hallucinations se produisent, elles peuvent être d'origine onirique, comme précédemment, mais elles surviennent également à l'état de veille. Elles affectent la vue, l'ouïe ou la sensibilité générale. Leur caractère essentiel est la fugacité. Elles apparaissent et disparaissent rapidement ; elles sont très mobiles ; elles se mêlent habituellement à de nombreuses illusions. En même temps, l'intelligence de ces malades présente un certain degré d'obnubilation, les idées sont embrouil-

lées, la confusion mentale est peu marquée, mais indéniable. Sur ce fond, apparaissent et évoluent des délires variables. Ces délires et les hallucinations qui les accompagnent entraînent volontiers des réactions anxieuses.

Suivant les cas, les malades sont excités ou déprimés ; ils sont enclins aux idées mélancoliques et présentent, parfois, une inhibition qui peut aller jusqu'au négativisme (Runge).

Toutes ces manifestations sont essentiellement passagères. Elles sont, en général, séparées par de nombreux intervalles lucides (Viedenz).

Un léger mouvement fébrile les accompagne, ainsi que les troubles généraux que l'on a coutume d'observer dans les infections légères.

La guérison est la règle, mais les malades restent longtemps maussades et irritables.

Un exemple de ces troubles est fourni par une observation publiée par Ivanoff dans le Journal de neuropathologie et de psychiâtrie de Moscou (1907).

Il s'agit d'un jeune soldat qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, fut atteint de chorée de Sydenham. En même temps que les troubles moteurs, on note, chez le sujet, un état psychique anormal qui bientôt fit place à une psychose véritable. Voici quels étaient les traits distinctifs de celui-ci :

Dépression mélancolique, puis confusion très prononcée dans les idées (désorientation dans le temps et dans l'espace) avec hallucinations nombreuses.

Ces hallucinations étaient surtout visuelles. Elles se rapportaient à des visions terrifiantes, étaient d'une mobilité extrême et entraînaient des idées de tristesse.

Après que la phase aiguë fut terminée, on se trouva

en présence d'un état psychique très particulier, pouvant faire penser à un affaiblissement intellectuel, mais caractérisé surtout par de l'amnésie et par une incapacité de fixer l'attention dans un temps plus ou moins prolongé.

Après la guérison de la chorée, les troubles mentaux disparurent complètement.

Cette observation est typique. La confusion mentale, les hallucinations sont caractéristiques. Il est également très intéressant de noter que la guérison de la chorée a entraîné la disparition complète des manifestations psychiques.

Un autre exemple de ces troubles mentaux nous est fourni par une observation d'Hesnard, publiée dans l'*Encéphale*.

Il s'agit d'un jeune matelot de 20 ans, qui, au neuvième jour d'une chorée de Sydenham, présentait des symptômes psychiques au moment même où les mouvements choréiques s'atténuaient très manifestement et où se produisait la défervescence fébrile.

Le début crépusculaire ou nocturne fut très net. Pendant deux jours environ, ils ne se manifestèrent que par des signes de surexcitation intellectuelle analogues à ceux rapportés plus haut. Puis les troubles de confusion mentale apparurent, qui atteignirent, en six jours, leur période d'état et ont duré, en tout, près de vingt jours, laissant quelques reliquats très atténués qui persistèrent une quinzaine de jours et disparurent.

Le 7 janvier, vers 5 heures du soir, excitation psychique prononcée. Le malade appelle à l'aide, se sent gêné sans pouvoir expliquer pourquoi, il veut le médecin près

de lui. Les idées se succèdent rapidement, sans lien bien précis, relatives à l'entourage, à sa maladie, à sa famille. Puis, des hallucinations se manifestent, surtout visuelles le malade voit autour de lui, et à quelques mètres, des gens en fuite, qui le frôlent parfois et s'évanouissent brusquement. Des individus armés se cachent dans son matelas, lui donnant des coups par-dessous son lit dans un endroit particulièrement sensible (il montre la plaque d'hyperesthésie rachidienne), ils lui chuchotent aussi des injures à l'oreille et des menaces : « Sale Breton, sauvage, on va te faire la peau, etc. » Paraphobie, qui le fait quitter le lit à chaque instant et tenter d'ouvrir la fenêtre. Visage ahuri, hagard, anxieux, tourmenté de grimaces, sueurs généralisées abondantes. L'excitation hallucinatoire ne disparaît qu'au matin.

Le lendemain, 8 janvier, il est calme, fatigué, mais non délirant, souvenir très vague et partiel de la nuit. L'orientation est très mal assurée, les opérations cérébrales difficiles et pénibles. Il répond correctement à quelques questions, montre sa tête, qui lui fait mal.

Plus tôt que la veille, les hallucinations le reprennent à la fin de l'après-midi. Le malade se lève, très anxieux ; il donne l'impression d'un dormeur mal réveillé qui continue, les yeux ouverts, quelque terrible cauchemar. Surexcitation psychique, mots sans suite, phrases sans signification, sans lien logique : « La lampe, la lampe au fil... au lit tous... Ah ! je vais descendre, holà !... Docteur, ils me tuent !... Jean-Pierre et toi, et toi là !... Ils sont venus là (il montre un coin de la chambre)... si tu veux le bonnet là-bas... Je vais claquer ici, j'ai trop chaud, je suis mort... Vois-tu ? Ah oui ! (il sifflotte)... Non, pas comme ça. Oui... Ah ! non je me trompe... Ouf ! sur le plafond qui tortille ... Ça grille avec lui... » etc., etc. Par instants,

on saisit nettement des tentatives d'expression d'idées de poursuite, de persécution, d'hypocondrie, de négation même de grandeur. D'autres fois, mais plus rarement, des mots amènent d'autres mots par des associations d'assonance, d'allitération : « le pot... au troupeau... ils vont me faire la peau... Paulus, etc. », et cet automatisme elliptique, des associations combine parfois 2 syllabes de mots distincts, en un seul mot de jargon.

L'attention est très instable, le malade étant sans cesse distrait et ne pouvant nous suivre ; il est détourné de la réponse à faire, qui est d'ailleurs toujours incohérente ou avortée, par un bruit du dehors, un détail de l'entourage, mais beaucoup plus souvent par une hallucination ou une perception ; il n'est aucunement en rapport continu avec la réalité extérieure, il vit une série de scènes hallucinatoires qui s'imposent à lui et qu'il subit passivement.

Les jours suivants, cet état va en s'affirmant et devient continu. Des idées de persécution se succèdent, incohérentes, contradictoires, multiples, fugaces, mal coordonnées, consécutives à des hallucinations visuelles, auditives, cénesthésiques à des illusions perceptives. Des assassins, des apaches traversent la salle, des « biffins », des artilleurs dansent la ronde, lui donnent des coups de plat de sabre sur la nuque, lui enfoncent des épines dans le dos, se cachent en ricanant derrière le poêle. Dans l'ombre, des figures étranges s'étirent comme du mastic. La grande lumière diminue, ces visions grotesques et terrifiantes, qui reprennent de plus belle dans l'obscurité.

Le malade, au milieu de ses incohérences, réclame de la lumière, et l'on tient allumée une ampoule électrique au-dessus de sa tête. L'infirmier qui le veille est un assassin qui fait entrer les autres et les aide à torturer le malheureux. Il reçoit un coup de poignard dans le dos.

supplie qu'on ferme et qu'on panse sa plaie (il montre toujours la plaque rachialgique). Il se plaint aussi qu'on lui ait coupé bras et jambes, qu'on l'ait mutilé, qu'on lui ait enlevé des morceaux de membres. Il monte en ballon, voilà l'étoile (il montre l'ampoule électrique).

Il ne reconnaît pas le médecin, ni aucune personne de l'entourage. Il a pris quelquefois le docteur pour un ami, « Pierre ou bien Le Quellec », mais cependant l'accueille toujours facilement, se confie à lui, se plaint de tous les malheurs que lui suscitent ses terribles visions.

L'orientation est très troublée, comme l'identification des personnes et la fixation des événements. Il ignore où il est, se croit en Bretagne, dans sa famille, ou à bord, ou dans un champ de betteraves, à Kerhuon, près Brest. Il est venu là sans qu'il sache comment, mais ne s'étonne aucunement de s'y trouver. Il reconnaît parfois pourtant l'infirmier, dit qu'il est à l'hôpital, puis quelques secondes après, qu'il est en mer, sans s'étonner de toutes ces contradictions, quand on le confronte avec lui-même. Ce délire avec désorientation complète dure d'ailleurs peu. A partir du 22, plus calme, il sait à peu près où il se trouve, s'oriente parfois correctement et situe sa cellule à l'hôpital. Il dit une fois qu'il est en 1909, mais ignore le mois ; il dit aussi être arrivé avant-hier à Saint-Mandrier, alors qu'il y est depuis quinze jours.

A ce moment, on peut l'interroger davantage et étudier de près son fonctionnement psychique.

Il a une certaine conscience de sa maladie, mais ignore la nature pathologique de ses hallucinations et des idées délirantes consécutives. Les mouvements sont, dit-il, des mouvements maladifs, mais il est forcé de les faire parce qu'on lui a jeté un sort. Quelques heures après, il dit que les assassins l'ont détraqué, l'ont transformé en pantin,

qu'ils l'ont désossé et qu'ils lui ont lancé de la chaleur sous la peau. Une demi-heure après, il ne se rappelle aucune de ses explications. Il ne se préoccupe plus de sa rachialgie, qu'il attribue maintenant tout simplement à un gros caillou qu'on a mis sous son drap la nuit. Il se passe la main derrière le dos et la regarde. « Du sang ! », s'écrie-t-il, effrayé. Mais quand on lui persuade qu'il n'y a rien du tout, l'hallucination disparaît.

On lui suggère d'ailleurs assez facilement des hallucinations maintenant que son attention est moins disséminée et permet à l'observateur d'entrer dans son délire. La lampe électrique devient ainsi une boule rouge, une comète, un parapluie, le lit un canot, l'infirmier un officier en grande tenue, etc. Mais ces hallucinations acceptées sont extrêmement fugaces et ne laissent aucune trace dans son souvenir.

Ces associations d'idées s'expliquent donc, en grande partie, par l'interprétation de ses troubles psycho-sensoriels. En dehors des idées délirantes et des associations d'origine verbale signalées plus haut, il manifeste une incohérence sans aucune loi apparente, d'aspect purement automatique, les mots ou les phrases s'accrochent sans aucune raison, comme le dormeur paraphasique qui récite des mots sans suite durant son rêve.

La mémoire est, ainsi que nous l'avons vu, très troublée ; toutes ces idées se succèdent chez lui, toutes ces explications sont données par lui, sans que le moindre souvenir s'en imprime dans son esprit, après quelques minutes. La synthèse mentale provoquée par l'expérimentation est impossible à cause de cette instabilité psychique que nous avons décrite, en dehors des élaborations les plus élémentaires comme les opérations arithmétiques d'addition, de soustraction, pour la plupart exactes, mais

difficiles, et de résultat très variable suivant les moments, une solution un peu compliquée et très juste succédant à une absurdité manifeste. Ex. : D. « $5 \times 7 + 2$? » — R. « 37. » (Le malade nous a regardé avec un effort, a saisi et son attention s'est fixée un moment.) Quelques secondes après : D. « 2×3 ? ». — « Cinq... ante, quatre vingt-dix, da... huit, six, je crois, ah ! oui. » D'autres fois, il est impossible d'obtenir une réponse. Deux ou trois fois, il a paru faire un effort pénible de coordination, sans parvenir à assembler efficacement ses idées.

Le 22 et le 23 janvier, l'agitation diminue sensiblement, le malade ne paraît pas halluciné. Les mouvements choréiques sont réduits à quelques secousses des bras et des jambes et à quelques grimaces. Le malade se tient couché sans dire un mot, ou reste inerte sur une chaise, le facies fatigué et atone. Quand on le remue vivement, il parle volontiers, mais avec une tendance marquée à la répétition stéréotypée de certains mots ou de certaines phrases : « Ah ! oui, la peau, la lampe, ah ! docteur. Ils me tuent. On les a trouvés..., une bouteille... », etc. L'idée délirante de la blessure dans le dos revient sans cesse. Quand on ne lui parle pas, il reste des heures hébété, sans grand mouvement. Il garde un peu les attitudes. Quand on lui fait tirer la langue, il la garde longtemps hors de la bouche sans penser à la rentrer. Les coordinations psychiques sont ralenties, mais l'orientation est bien plus correcte qu'il y a quelques jours. L'état de la mémoire est le même. Il manifeste quelques rares idées délirantes, dit que l'infirmier lui a encore enfoncé un poignard dans le dos, qu'il a le pied coupé. Par instants, il s'interrompt dans une phrase commencée ; quand il a prononcé quelques phrases, il hésite, il prononce mal ; il

lui arrive de dire un mot pour un autre. Le sommeil est beaucoup plus calme. Il ne se plaint plus de la tête.

Cet état d'asthénie et d'obtusion se dissipe lentement. Le 26 janvier, il est revenu à la lucidité complète, s'exprime facilement, considère avec curiosité la chambre et l'entourage, sourit et questionne le médecin, quoique avec une certaine gêne étonnée. Il se croit à l'hôpital depuis quelques jours, cause raisonnablement de sa maladie, répète à plusieurs reprises qu'il « s'est réveillé peu à peu dans la nuit ». Il lui semble avoir rêvé les nuits précédentes, mais il ne saurait dire à quoi.

Il ne se rappelle rien des journées qui viennent de s'écouler, à part la lampe électrique qui lui semblait se transformer en étoile ; il sourit en pensant à cette illusion de son rêve lointain, et, en réfléchissant, se rappelle quelques détails, très imprécis, de ses cauchemars. Il nous dit : « J'ai rêvé tout cela. Pourquoi suis-je ici dans ce cabinet fermé ? » Il parle convenablement, nous décrit ses souvenirs, ne se rappelle ni son premier séjour dans la salle commune, ni son transport au service d'isolement, ni le laps de temps qui s'est écoulé depuis, ni les médecins qui l'ont soigné, à part le jeune médecin qui l'a reçu à l'hôpital et traité les premiers jours. Il nous donne des détails sur sa famille et son histoire.

L'exploration de son psychisme révèle une mentalité normale, d'une éducation pédagogique comparable à celle d'un cultivateur qui a été plusieurs années à l'école, qui a appris pas mal de choses et qui a un peu voyagé hors de son milieu natal ; l'intelligence paraît très ordinaire, mais ni naturellement débile, ni diminuée par suite d'un affaiblissement acquis. Les symptômes somatiques ont disparu en même temps que les symptômes psychiques. Nous considérons le malade

comme guéri. Les mouvements choréiques ont disparu.

L'état mentat reste satisfaisant pendant les jours qui suivent. Cependant, le malade reste quelque temps rêveur, triste, s'isole dans la cour. Quelques jours après sa guérison, il fait une fugue dans la colline de Saint-Mandrier et frappe par son aspect bizarre et préoccupé. Il répète à deux reprises qu'il est indigne de manger ce qu'on lui donne, qu'il a tort d'accepter la nourriture qu'on lui sert, puisqu'il ne fournit aucun travail. Ces quelques idées d'auto-accusation ou d'indignité sont d'ailleurs fugaces, peu intenses, ne déterminent aucune tendance au suicide : elles revêtent plutôt la forme d'une obsession scrupuleuse. Il se rend compte de leur fausseté, de leur ridicule, ne les avoue pas au médecin. Cet état mental se dissipe, d'ailleurs, rapidement. Il éprouve parfois quelques cauchemars qui s'évanouissent dès qu'il se réveille.

Au bout d'un certain temps, il est complètement guéri, redevenu gai et actif. L'état général est excellent. Il reprend le poids qu'il avait perdu ; le sommeil est calme et régulier. Envoyé en congé de convalescence de trois mois, il est revenu chez lui. Il jouit actuellement d'une excellente santé, physique et mentale.

c) *Cas graves : confusion hallucinatoire aiguë, stupeur, délire aigu des chorées mortelles.* — Dans ces formes, ce qui domine la scène, c'est la gravité de l'état général. La fièvre est élevée, atteint dès le début 40 degrés et monte quelquefois beaucoup plus haut. Le pouls est rapide, présente des intermittences vraies et fausses.

La confusion mentale est maximum. C'est une véritable démence aiguë (Charles W. Burr).

Les hallucinations sont intenses et nombreuses, elles affectent la vue, l'ouïe et la sensibilité générale. Elles

entraînent divers délires et, en particulier, des idées de persécution.

Cet état peut ou bien s'accompagner de réactions très violentes, ou bien d'un état de dépression très considérable. Dans le premier cas, le malade est agité, se débat, tient des propos incohérents, pousse des cris, traduit ses hallucinations et son délire par des paroles véhémentes et des vociférations. Parfois, certaines fonctions paraissent suractivées. L'appétit est augmenté, les mouvements choréiques sont très violents ; ils sont très marqués sur la langue et sur les lèvres ; l'articulation des mots est presque impossible.

De nombreuses observations de ces chorées ont été publiées.

Charcot (1888), dans ses Leçons du mardi, relate celle d'un garçon de 18 ans, atteint de chorée de Sydenham depuis 22 jours avant son entrée à la Salpétrière.

Les mouvements choréiques sont poussés au plus haut degré, ils persistent jour et nuit, sans trêve ni repos. Le malade, très agité, se livre continuellement, soit au lit, soit dans son fauteuil, à des mouvements de grande étendue.

Un moment après son admission à la Salpétrière, le malade fait une scène des plus bruyantes ; il prétend qu'il ne peut supporter l'odeur de la salle, qu'il ne saurait rester avec des gens d'aussi basse extraction que ceux qui s'y trouvent. Le lendemain, il se dit persécuté par les gens du service. Ceux qui l'aident à se maintenir dans son lit l'auraient, à l'en croire, cruellement brutalisé. On l'accuse sans cesse, dit-il, d'avoir eu la syphilis ; il affirme qu'on lui a coupé le scrotum.

Les jours suivants, même état choréique et même état

mental, avec insomnie complète et émission involontaire des urines.

Le malade, extrêmement amaigri, ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent. Le pouls est arythmique, à 140 pulsations par minute. La température dépasse 40°. Les mains et le nez se cyanosent, le visage révèle la stupeur ; des soubresauts des tendons apparaissent, et la mort survient le vingt-septième jour de la maladie.

Cette observation est un exemple très net de ce que l'on pourrait appeler le délire aigu des chorées mortelles. A la confusion mentale et au délire hallucinatoire s'ajoute une agitation considérable.

Des observations analogues ont été publiées par de Beauvais, par Mitchinson.

Donkin et Hebb rapportent l'histoire d'une jeune fille de 20 ans entrée à l'hôpital de Westminter pour une chorée généralisée.

La malade n'est pas seulement choréique, elle est en proie à une agitation maniaque des plus vives, elle frappe des infirmières, elle erre dans les escaliers en jetant des cris perçants ; elle délire nuit et jour ; elle a des hallucinations, elle croit que sa mère est morte, elle la voit dans la salle voisine. Elle chasse les gardiennes hors de la chambre, elle s'enferme et brise les meubles ; on s'en rend maître avec beaucoup de peine. Bientôt la malade s'assoupit ; sa respiration devient haletante et elle meurt.

Nous nous bornerons à rappeler les observations de Powel.

Dans l'une d'elles, il y avait, en même temps qu'une excitation générale et le délire, une boulimie excessive.

Une observation de Rousseau a trait à un jeune homme de 19 ans qui est pris, au 3e jour de sa chorée, d'un délire furieux. On le conduit à l'hôpital Beaujon, on a toutes

les peines à le coucher. Son agitation redouble, ses yeux sont hagards, il prononce des phrases sans suite et la déglutition est des plus difficiles. L'hydrothérapie n'arrive pas à calmer le malade; il a de véritablee paroxysmes, pendant lesquels les mouvements choréiques et l'état maniaque augmentent d'intensité. Il a également des hallucinations de la vue et de l'ouïe; il refuse sa potion, disant qu'on veut l'empoisonner. Il meurt.

Claude et Lhermitte ont publié l'observation d'une chorée accompagnée d'une agitation désordonnée et excessive et d'un état délirant aigu, avec hallucinations visuelles et confusion mentale (*Encéphale*, février 1909).

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-neuf ans, Eugénie B..., dévideuse de soie, qui fut menée à la Salpétrière le 5 mars 1907. Elle est issue de parents alcooliques. Le père a succombé, à 50 ans, à une congestion pulmonaire nerveuse, au cours d'une crise d'alcoolisme. La mère est morte d'une cirrhose.

La malade a deux sœurs, toutes deux très nerveuses ; l'une d'elles a été atteinte, à dix-sept ans, d'une chorée qui a duré trois mois.

Dans son enfance, elle se plaignait de névralgies très violentes dans la tête. On nous a dit qu'elle fut atteinte de convulsions dans sa deuxième année. Elevée autrefois dans un couvent, elle aurait eu, dans ces derniers temps, des idées religieuses exagérées, qui revenaient dans ses rêves, actionnés par un certain degré d'intoxication éthylique. Il est prouvé, en effet, d'après les renseignements que nous avons pu recueillir, qu'elle a fait un usage excessif de vin et liqueurs, ce qui explique les troubles dyspeptiques, l'agitation nocturne, les cauchemars et les apparitions religieuses qu'on nous a signalés. D'ailleurs, ses hallucinations persistaient même le jour, et elles se

traduisaient par des peurs ridicules ; elle croyait qu'on la suivait dans la rue pour la voler, et courait parfois pour échapper à un danger imaginaire. Somme toute, elle avait des idées religieuses et des idées de persécution, sans systématisation, mais ses conceptions délirantes étaient très pauvres dans leur expression, émanant d'un cerveau débile, et reflétaient en quelque sorte ses rêves de la nuit. Débile elle l'était, le fait n'est pas douteux. Ses parents disent qu'elle n'a jamais appris grand'chose ; elle ne lisait pas et ne s'intéressait qu'à des futilités ; elle s'amusait comme une enfant. Elle était, de plus, excitable, emportée, quoiqué pas méchante. L'alcoolisme diminua encore les ressources de cette intelligence, déjà peu éveillée.

Au début de février 1907, ses conceptions délirantes, un peu niaises, changent de caractère ; elle se plaint que son cerveau se détruit, que sa tête diminue de grosseur, qu'elle fond et que ses cheveux tombent. Elle dit qu'elle ne voit plus clair, qu'elle a des faiblesses dans les jambes, et l'on constate, en effet, qu'elle monte mal les escaliers. Vers le 15 février, les personnes de son entourage sont frappées de son agitation incessante ; elle ne peut rester en place, ses membres sont agités de mouvements désordonnés, illogiques, qu'elle ne peut réprimer. Les mouvements, qui avaient déjà le caractère choréiforme, cessaient pendant le sommeil. Ils augmentèrent d'intensité, à tel point qu'elle ne pouvait prendre un objet sans le laisser tomber, qu'elle ne s'habillait plus seule et ne pouvait plus se livrer à aucun travail. Enfin, l'agitation s'exagéra, le sommeil disparut, et les idées délirantes sans systématisation s'accentuèrent. Elles avaient nettement le caractère onirique. Si on l'interpellait, au milieu de ses histoires incohérentes, elle répondait convenablement pendant quelques instants, puis reprenait son ver-

biage, où il était question de religion, de mort, de résurrection, de terreurs, de voleurs, etc., tout cela avec, de temps en temps, des attitudes ou des mimiques expressives (crainte, prière, extase, etc.).

A son entrée dans le service, on constate :

1° Un syndrome choréique typique, consistant en une agitation désordonnée excessive de tous les membres ; assise; elle ne pouvait rester tranquille sur sa chaise, se levant à moitié, se rasseyant, étendant les bras, jetant une jambe, incapable de tenir un objet sans le laisser tomber, les traits de la figure continuellement grimaçants. Au lit, elle était aussi agitée, sautant, se retournant, agitant les bras, les jambes ; on dut lui mettre des planches de chaque côté de son lit, pour éviter des chutes. Le corps était couvert d'ecchymoses et même de plaies résultant de coups qu'elle se donnait au cours de ses mouvements désordonnés. Il était impossible de la laisser boire et manger seule.

2° On constatait, de plus, un état délirant aigu. Elle criait continuellement, injuriant les personnes qui l'entouraient. De plus, elle avait des hallucinations visuelles : voyait des bêtes au plafond, des personnes qui lui voulaient du mal. Parfois, elle parlait de ses sœurs, de ses amis, tenait des conversations avec eux, complètement ignorante du lieu où elle se trouvait. Pas de fièvre, pas de lésions pulmonaires ou cardiaques.

Les jours suivants, l'agitation persista, s'exagéra même. Il était impossible de la maintenir, et les mouvements étaient de plus en plus désordonnés. Les urines sont rares, foncées, non albumineuses. Les réflexes rotuliens sont normaux.

Le 8 mars, l'excitation diminue, les mouvements choréiques sont plus caractéristiques parce que l'agitation géné-

rale est moins prononcée. La malade se retourne constamment dans son lit, remue ses jambes, plie et étend ses bras, exécute des contorsions désordonnées des membres et de la face. Au point de vue psychique, délire, hallucinations, confusion mentale, mais sans excitation, contusions et plaies multiples. Le 10, la température s'élève à 38°9, éruption d'herpès sur la lèvre inférieure, langue sèche, rôtie. Les mouvements choréiques persistent, l'excitation a encore un peu diminué. Ponction lombaire, liquide clair, s'écoulant sans pression, pas d'albumine, pas d'éléments figurés.

La malade prend une teinte plus jaune, elle a maigri, le pouls est rapide, sans irrégularités ; le cœur et le poumon ne présentent rien d'anormal.

Le 11, on constate le matin un gonflement des deux parotides qui s'est développé très rapidement, sans rougeur, sans fluctuation ; température 38°. Bulles pamphigoïdes purulentes sur les doigts, langue sèche, pas de signes intestinaux, cardiaques ou pulmonaires, quelques irrégularités du pouls. Les mouvements choréiformes sont très atténués, le délire a disparu et a fait place a un état de stupeur très prononcé. Elle ne parle plus, ne peut pas avaler, et répond à peine quand on l'interpelle.

Le soir, le gonflement parotidien a diminué.

Le 12, disparition des mouvements choréiques, résolution musculaire complète, réflexes absents aux membres, stupeur profonde, nouvelles éruptions pamphigoïdes purulentes, escarres sacrées, Pouls petit, irrégulier, parotides gonflées, douloureuses, laissant sourdre un peu de pus par l'orifice du canal de Sténon.

Le 13, état comateux, syncope le matin, pouls filiforme, diarrhée. Mort le soir à 6 heures 1/2.

Rémond et Voivenel ont publié une observation analogue dans les annales médico-psychologiques de 1909.

Il s'agit d'une malade de 49 ans, M..., Marie, culottière, entrée à la clinique des maladies mentales le 28 mai 1909.

Antécédents héréditaires - La mère, arthritique, est morte à 84 ans ; le père était alcoolique.

La sœur de la malade a été internée et présentait de la mélancolie avec idées de persécution.

Antécédents personnels. — La malade a été nourrie au sein par sa mère ; elle s'est mariée à 18 ans et a eu deux enfants d'un caractère très vif, dont l'un présente des convulsions au moment de la première dentition. Fluxion de poitrine, il y a une dizaine d'années.

Sujette aux migraines, la malade est d'un caractère très vif. Il y a une vingtaine d'années, elle subit l'influence d'une mégère qui se prétend spirite et qu'elle va revoir souvent. Depuis lors, de temps en temps, elle se met à pousser des cris inarticulés, sa face se congestionne et ses membres sont animés de tremblements. Ses yeux semblent sortir de l'orbite, et la malade a fréquemment des émissions d'urine après ces crises, qui apparaissent à la moindre contrariété et souvent au moment des règles.

Au demeurant, elle est excessivement sensible et s'émotionne facilement devant les petites misères d'autrui ; elle pleure à la moindre des causes.

Elle travaille avec sa fille et s'attriste, se croyant très diminuée au point de vue de sa capacité de travail.

Son mari meurt il y a un an. Dès ce moment, les crises augmentent de nombre. L'instabilité mentale s'exagère.

Puis, sa fille, mariée depuis peu, la met à la portion congrue et lui refuse de l'argent pour acheter du tabac à priser, ce qui l'affecte particulièrement.

Elle veut se faire revendeuse et cette idée l'agite.

Enfin, sa fille prend subitement la détermination de la quitter et lui enlève ses meubles.

La malade se met à crier, et, malgré le mauvais temps, le 23 mai, parcourt les rues de Toulouse au hasard.

Le 28 mai, elle tente, à deux reprises, de se jeter sous un tramway, et elle est amenée d'urgence par la police à la clinique.

A son entrée on constate :

Etat physique. — *Quelques signes de dégénérescence :* oreille de Morel, voûte du palais extrêmement ogivale, dents mal implantées, face asymétrique, côté droit plus petit que le côté gauche.

Un état infectieux : pouls à 104, urines foncées avec des traces d'albumine, teinte subictérique des conjonctives, langue saburrale, mauvaise odeur de l'haleine, température 38°.

Un syndrome choréique, qui s'exagère les deux premiers jours. Les membres sont agités d'une manière désordonnée. La malade ne peut pas rester immobile et elle fait des grimaces continuelles.

Elle ne peut, seule, ni manger ni boire.

Par moments, cet état choréique est marqué par une agitation extrêmement violente pendant laquelle la malade crie et hurle. On est obligé de mettre la camisole de force ; malgré cela, la malade continue à trembler et à s'agiter, se faisant, dans la région orbitaire droite, une ecchymose en se frappant contre le rebord du lit.

Les troubles mentaux sont caractérisés par du délire

aigu hallucinatoire. La malade présente des hallucinations visuelles, voyant tantôt des choses terribles qui la rendent anxieuse, tantôt des choses agréables. Elle a aussi des hallucinations auditives.

Elle tremble continuellement d'une manière désordonnée, puis, par moments, s'agite terriblement, se précipitant sur le sol en criant et se couvrant d'ecchymoses. Le délire est incohérent et les paroles sans suite. La malade dit des mots orduriers.

Le 30 *mai*, température 38°8, pouls 110.

Le 2 *juin*, l'agitation est moins marquée, les mouvements choréiques diminuent. Le pouls, toujours rapide, est plus faible et dépressible avec tendance à l'embryocardie.

Le 3 *juin*, la malade crie moins et n'a plus de mouvements choréiques, sauf par moments.

Le 4 *juin*, elle est évacuée à l'asile de Braqueville où elle meurt presque aussitôt d'une syncope.

A cause de la présence des ecchymoses, le médecin directeur refuse de délivrer le permis d'inhumer.

L'autopsie, faite par M. le professeur de médecine légale Guilhem, démontra que la malade avait succombé à une myocardie aiguë.

Le poumon gauche présentait de la congestion et des adhérences pleurales récentes.

L'écorce cérébrale présentait des plaques de ramollissement aigu avec un foyer hémorragique à l'angle de la sylvienne gauche.

A côté de ces cas, dans lesquels la confusion hallucinatoire s'accompagne de réactions très violentes, donnant lieu à un véritable tableau d'excitation maniaque, il en est

dans lesquels le sujet se trouve dans un état de stupeur. Le malade est alors complètement inerte, il reste immobile, sans regard, ne parle pas et présente une sorte de relâchement musculaire généralisé. Régis a publié une observation très intéressante.

Le cas est un exemple typique; il est excessivement curieux de remarquer que, dans cette forme stupide comme dans les formes agitées, les hallucinations sont dominantes et offrent le même caractère terrifiant.

Cette stupeur apparaît quelquefois d'emblée chez le choréique ; d'autres fois, elle survient à la suite de l'agitation que nous avons précédemment décrite. « Les troubles mentaux choréiques passent alors par deux phases : le début est bruyant, le délire hallucinatoire est intense et entraîne des réactions violentes ; mais bientôt l'excitation maniaque fait place à la stupeur ; les mouvements choréiques sont remplacés par des soubresauts tendineux ou disparaissent complètement ; les sphincters se paralysent, les téguments se cyanosent, l'arythmie cardiaque augmente, le pouls s'accélère et devient de plus en plus dépressif. La mort survient dans le coma. » (Margarot.)

Dans des cas exceptionnels la guérison peut survenir, mais la démence aiguë devient chronique et le malade reste un aliéné.

C. — Aliénation mentale

Nous venons de voir qu'un état démentiel définitif était parfois consécutif aux troubles mentaux aigus des chorées graves. En dehors de ces cas, d'ailleurs exceptionnels, il est excessivement rare de rencontrer une

véritable aliénation mentale dans la chorée de Sydenham. Cependant, on a signalé l'appariton, chez certains de ces malades, d'une manie.

Sous le nom de manie choréique, M. le professeur Mairet a publié une observation tout à fait caractéristique et que nous reproduisons.

Il s'agit d'un malade entré à l'asile à l'âge de 18 ans, en pleine période d'état d'une chorée de Sydenham. On constatait chez lui une surexcitation maniaque assez intense ; F... ne peut être fixé dans son attention, il va, vient d'un côté et d'autre, crie, chante, taquine les autres malades, est irritable et facilement agressif. A ces troubles psychiques s'ajoutent des mouvements choréiques très nets, mouvements généralisés, mais surtout marqués aux membres inférieurs et à la face. F... ne peut rester immobile et sa figure grimace.

Sur cet état de surexcitation maniaque, détonnent des accès d'agitation qui se traduisent ainsi : F... se met tout à coup à courir, riant d'un rire convulsif, poussant de véritables aboiements et déchirant avec une espèce de rage ce qu'il tient dans les mains, et plus particulièrement son chapeau, qu'il enlève de dessus sa tête. Il fait ainsi une fois ou deux le tour de la salle, puis se frappe d'une main sur la cuisse et s'arrête.

Si, pendant cette course, on veut l'arrêter, il se met dans de violentes colères.

D'autres fois, les accès d'agitation ne se traduisent plus par des courses, mais par des sauts : subitement, F... saute sur place, bousculant ou renversant avec ses bras tout ce qu'il trouve autour de lui, et il saute ainsi avec une telle énergie qu'il ne s'arrête que couvert de sueur ; un jour même il se fit un décollement épiphysaire du fémur.

Ces accès d'agitation reviennent plusieurs fois par jour et même dans le courant de la nuit. F... se lève, court d'une extrémité à l'autre du dortoir, ou, plus souvent, saute au pied de son lit.

Parfois, l'accès d'agitation consiste simplement en ces éclats de rire véritablement convulsifs, et en ces cris ressemblant aux aboiements d'un chien, que je vous signalais tout à l'heure comme accompagnant les courses.

En outre, F... se livre avec frénésie à la masturbation, et souvent les accès d'agitation sont suivis, pendant quelques jours, par un état d'engourdissement physique et intellectuel.

Dans d'autres cas, on se trouve en présence d'une lypémanie, d'un délire des persécutions, de bouffées délirantes polymorphes.

Nous verrons, en étudiant la pathogénie, qu'il s'agit là de vésanies surajoutées, n'ayant rien à faire avec la chorée de Sydenham.

Ainsi les troubles délirants susceptibles de survenir dans la chorée de Sydenham sont variables dans leur symptomatologie. Nous verrons ultérieurement qu'à ces différences cliniques répondent des différences pathogéniques. On ne saurait donc les englober, comme l'ont fait certains auteurs, sous le nom de folie choréique.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Une seule variété de troubles psychiques choréiques s'accompagne de lésions anatomiques. C'est la confusion hallucinatoire aiguë avec agitation ou stupeur, ou, si l'on préfère, les troubles mentaux des chorées mortelles.

Les lésions trouvées à l'autopsie sont variables. D'une façon générale, il existe de la congestion de l'encéphale et des lésions plus ou moins nettes portant sur l'écorce ou sur les méninges.

Dans l'observation de Charcot sont signalées quelques adhérences de la pie-mère avec l'écorce cérébrale. Dans beaucoup de cas (Mitchinson, Donkin et Hebb, Powel), on note simplement une hyperhémie des méninges et du cerveau. Dans une observation de Rousseau, il n'existait aucune lésion digne d'être signalée.

Plus près de nous, des lésions méningo-encéphalites plus nettes ont été signalées. Harugen, Guizetti et Canizza ont décrit des lésions d'encéphalite disséminées avec participation de la dure-mère. Des constatations analogues ont été faites par Lépine, Giraud et Rebattu, par Delcourt et René Sand.

Si le sujet survit, les altérations anatomiques rétrocèdent lentement et peuvent subsister indéfiniment, constituant alors de véritables séquelles. Ces séquelles peuvent donner lieu à des manifestations purement nerveuses ! La chorée persiste et les signes d'altérations anatomiques décrits dans certains cas par André Thomas ne disparaissent pas. D'autres fois, elles entraînent les troubles mentaux démentiels signalés par Charles W. Burr.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Les troubles psychiques qui accompagnent la chorée de Sydenham ont été interprétés de façon différente par les auteurs qui les ont étudiés.

En somme, trois hypothèses peuvent être posées :

1° Ou bien ces troubles n'ont absolument rien à faire avec la chorée et sont simplement surajoutés.

2° Ou bien ils se rattachent entièrement au syndrome lui-même et s'expliquent par les mêmes causes déterminantes qui les provoquent.

3° Dans une dernière hypothèse, les troubles psychiques ne sont ni le résultat d'une coïncidence ni une manifestation liée à la chorée. Ils dépendent du terrain dégénératif sur lequel évolue le syndrome.

Chacune de ces trois hypothèses envisagée séparément est inapplicable à la totalité des faits, mais elle convient à un certain nombre d'entre eux que nous allons préciser.

A. — Associations morbides

L'association morbide rend compte de l'apparition, au cours d'une chorée de Sydenham, de vésanies diverses telles que la manie, la lypémanie et le délire des persé-

cutions. Cependant, quelle que soit l'indépendance relative des deux syndromes (moteur et psychique), leur coexistence s'explique par ce fait que l'un et l'autre évoluent sur un terrain commun de prédisposition héréditaire.

B. — Troubles psychiques liés au terrain dégénératif

Si l'on classe à part les troubles mentaux surajoutés que nous venons d'indiquer, on se trouve en présence de manifestations qui ont été expliquées par les deux hypothèses de terrain dégénératif et de la nature choréique de ces troubles.

Joffroy, en particulier, considère qu'ils sont entièrement liés à la dégénérescence mentale que l'on trouve chez tous les choréiques. D'après lui, ils ne présentent aucune empreinte caractéristique imposée par la maladie nerveuse au cours de laquelle ils évoluent, et leur marche est souvent indépendante de celle des phénomènes moteurs.

Il en est de la chorée de Sydenham comme de toutes les affections qui se greffent sur un fond de prédisposition héréditaire. Elle éveille des aptitudes morbides latentes ; elle n'est que la cause occasionnelle de l'apparition de troubles liés à la constitution psychique du sujet. A ce point de vue, elle doit être rapprochée de maladies diverses donnant lieu comme elle à des phénomènes psychomoteurs. La chorée, la maladie des tics, la paralysie agitante, le syndrome de Thomsen, la syringomyélie, l'hérédoataxie cérébelleuse, les diverses amyotrophies, etc., s'accompagnent de troubles mentaux identiques dans leurs manifestations comme dans leur nature.

Le terme de myopsychie exprime parfaitement le rapport qui existe entre ces troubles mentaux et l'anomalie de développement de l'appareil nervoso-moteur. Or, cette anomalie de développement n'est autre chose qu'une expression de la dégénérescence mentale.

D'autre part, chez un même individu, des causes différentes peuvent donner lieu à des troubles mentaux identiques. « Tout malade choréique qui a présenté au cours de sa chorée des troubles mentaux, est un malade chez lequel des accidents de même nature pourront se renouveler dans toute autre circonstance, que ce soit à propos d'une maladie fébrile ou de certains actes physiologiques : évolution dentaire, puberté, menstruation, grossesse, accouchements. » (Breton.)

Ainsi, d'après un certain nombre d'auteurs, la totalité des troubles psychiques observés dans la chorée de Sydenham serait exclusivement liée au terrain dégénératif sur lequel évolue le syndrome.

Il est facile de se rendre compte que cette théorie explique parfaitement bien un certain nombre de faits. Elle nous aide à comprendre l'état mental habituel des choréiques, qui ne diffère en rien de celui de nombreux dégénérés. « Chez les uns comme chez les autres, on note le même déséquilibre psychique, la même instabilité, les mêmes troubles de l'émotivité et de la volition. » (Margarot.)

D'autre part, il est incontestable que l'excitation maniaque et la dépression qui lui fait suite dans quelques cas, relèvent souvent de la prédisposition névropathique.

C. — Troubles psychiques se rattachant directement a la chorée

A côté de ces troubles, il en est qui ne présentent en rien les caractères des troubles mentaux liés à la dégénérescence, mais se rattachent aux manifestations étudiées par Régis, sous le nom de délires oniriques et qui sont tout à fait analogues à certains troubles psychiques observés soit dans l'hystérie, soit au cours de certaines intoxications, soit dans les troubles de la nutrition ou soit dans les infections. Ce sont les délires hallucinatoires que nous avons décrits.

Or, si la chorée de Sydenham ne paraît pas, à l'heure actuelle, relever d'une cause déterminante unique, il est certain que les différentes causes qui sont susceptibles de la provoquer peuvent toutes entraîner des troubles psychiques essentiellement caractérisés par un délire hallucinatoire avec confusion mentale.

Sur un fond commun de dégénérescence mentale, diverses causes peuvent intervenir. A l'heure actuelle, il semble démontré qu'à l'origine de beaucoup de ces chorées se trouve une toxi-infection. Le rhumatisme est fréquemment noté dans les antécédents immédiats des choréiques (Germain Sée). D'autre fois, mais plus rarement, la chorée a été précédée d'une grippe, d'une fièvre typhoïde. Les troubles mentaux étudiés ont tous les caractères des délires des maladies fébriles. Il semble légitime de leur attribuer une pathogénie identique et de les rattacher à l'infection qui détermine la chorée (Régis).

Mais, quelle que soit la fréquence des infections dans

les antécédents des choréiques, il est des cas dans lesquels on ne trouve aucune trace d'un processus analogue, et, à côté des chorées de Sydenham de nature infectieuse, on doit admettre l'existence de chorées que nous appellerons névrosiques, faute de pouvoir préciser leur véritable nature.

Il paraît démontré que, dans certaines chorées arythmiques les plus typiques, l'hystérie peut être en cause. Or, cette névrose fait volontiers des hallucinations de la vue et des manifestations oniriques.

Dans d'autres cas, l'influence de la puberté est indéniable dans l'apparition de la chorée (Mairet).

Si l'on considère que la puberté entraîne des troubles de la nutrition, et que ceux-ci peuvent avoir pour expression de l'embrouillement intellectuel et des perversions sensorielles, on voit que le délire hallucinatoire trouve encore ici une explication suffisante.

Dès lors, la pathogénie de certains troubles psychiques de la chorée de Sydenham nous apparaît comme entièrement subordonnée à la pathogénie du syndrome lui-même.

« Les diverses conditions étiologiques qui se trouvent réalisées chez ces malades expliquent les modalités diverses des manifestations mentales.

» 1° Chez *tous* les choréiques, on trouve un fonds commun de dégénérescence ; 2° chez *quelques-uns* existent des antécédents névrosiques ou des troubles de l'évolution pubérale ; 3° chez *un grand nombre*, l'évolution d'un processus toxi-infectieux n'est pas douteux. »

A. — L'*état mental habituel* de ces malades s'explique par la *dégénérescence mentale* qu'ils présentent à des états divers.

B. — *Le délire hallucinatoire* se rattache non plus au terrain, mais *à la chorée elle-même.*

a) Lorsqu'il s'agit simplement d'*hallucinations hypnagogiques*, *l'hystérie* peut être en cause, mais ces manifestations peuvent également tenir à des troubles de la *nutrition liés à la puberté*, à un *processus toxi-infectieux*, ou encore à l'action combinée de ces *trois éléments pathogéniques.*

b) Lorsque le *délire hallucinatoire* se produit à l'état de veille et s'accompagne d'embrouillement intellectuel et d'une légère élévation thermique, le rôle de la *toxi-infection* est *prépondérant* et *peut-être même exclusif.*

c) *La confusion hallucinatoire aiguë*, *la stupeur*, *le délire aigu des chorées mortelles* sont nettement d'*origine toxi-infectieuse*, mais la chorée répond, dans ces cas, à une *véritable méningo-encéphalite* dont la réalité est démontrée par les nécropsies qui ont pu être faites dans beaucoup des cas.

L'existence de lésions organiques n'est pas douteuse et un nouvel élément pathogénique intervient dans la réalisation des troubles psychiques. Si la mort ne survient pas, le désordre anatomique persiste et entraîne un état démentiel.

C. — A part ces cas de démence qui se rattachent à la chorée elle-même, l'aliénation mentale proprement dite, quand elle survient chez ces malades, résulte soit d'une prédisposition névropathique, soit d'une association morbide. La folie choréique n'existe pas (Rémond et Voivenel).

En résumé, les troubles psychiques observés dans la chorée de Sydenham peuvent être simplement surajoutés (*aliénation mentale*), dépendre du terrain dégénératif (*état mental habituel*), ou se rattacher étroitement aux causes déterminantes du syndrome (*délire hallucinatoire et confusion mentale*). Dans ce dernier cas, ils sont le plus souvent d'origine toxi-infectieuse.

DIAGNOSTIC

Il y a peu de choses à dire sur le diagnostic différentiel des troubles psychiques observés dans la chorée de Sydenham.

La première question qui devra se poser sera de savoir si on a réellement affaire à une chorée de Sydenham, en nous gardant toutefois de prendre cette expression nosologique dans un sens trop absolu, et en considérant cette chorée comme un syndrome apparu sur un terrain dégénératif et déterminé soit par une toxi-infection, soit par l'hystérie, soit par l'évolution pubérale.

Les seuls caractères qui nous guideront dans ce diagnostic seront surtout d'ordre clinique. A ne considérer que l'hystérie, il est certain que celle-ci détermine des mouvements rythmiques, décrits habituellement sous le nom de chorée hystérique. Il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle, un certain nombre de chorées arythmiques typiques, englobées dans le groupe des chorées de Sydenham, relève manifestement de la seule hystérie.

Une fois le diagnostic de chorée de Sydenham établi, il faudra remonter à ses véritables causes, et après avoir précisé le caractère clinique des troubles mentaux obser-

vés, rechercher s'ils résultent d'une simple association morbide, s'ils ont pour origine la dégénérescence mentale du sujet ou s'ils relèvent de l'hystérie, des troubles de la nutrition pubéraux, ou d'une toxi-infection. Dans ce dernier cas on essayera d'établir la nature de la toxi-infection en cherchant, dans les antécédents immédiats du malade, le rhumatisme aigu, la grippe, la dothiénentérie, etc.

PRONOSTIC

Les divers éléments du pronostic se trouvent réunis dans l'étude clinique qui précède.

La gravité des troubles mentaux choréiques est essentiellement liée à leur cause et à l'intensité de celle-ci.

L'état mental habituel du choréique, dépendant d'un léger degré de dégénérescence mentale, ne présente habituellement aucune gravité et disparaît avec la chorée elle-même.

Le délire hallucinatoire bénin, lorsqu'il est dû à l'hystérie, aux troubles de la nutrition de la puberté, ou à une toxi-infection légère, devient redoutable lorsque la toxi-infection est grave et détermine un véritable processus de méningo-encéphalite. La mort survient alors dans le coma.

TRAITEMENT

Quelles sont les indications thérapeutiques qui se posent et comment devons-nous les remplir?

Ces indications sont nombreuses et nous distinguerons, suivant le plan général établi par M. le professeur Vires, dans sa magistrale leçon d'ouverture des cours de thérapeutique, des indications tirées de la symptomatologie, de la physiologie et de l'anatomie pathologique, de l'étiologie et de la pathogénie.

A. *Indications symptomatologiques.* — Elles sont fournies par les manifestations cliniques considérées indépendamment de leur signification et de leur origine. Elles comprennent divers éléments qui constituent souvent des raisons d'agir immédiates. Les délires intenses, l'agitation sous toutes ses formes, l'hyperthermie, l'accélération et l'irrégularité du pouls, d'autres fois le collapsus nous commanderont d'intervenir, et nous instituerons les médications habituelles en pareils cas.

B. *Indications fonctionnelles.* - Ce sont les indications symptomatiques mais interprétées. On ne combat plus le symptôme, on tâche d'atteindre le trouble fonctionnel

par lequel se manifeste ce symptôme. Or, d'une façon générale, les manifestations mentales observées dans la chorée de Sydenham peuvent être ramenées à deux formes ; dans l'une, il y a un hyperfonctionnement général des centres nerveux se traduisant par de l'agitation maniaque ; dans l'autre, il existe de l'inhibition donnant lieu à un état de dépression pouvant aller jusqu'à la stupeur. Nous aurons par conséquent, suivant le cas, deux sources principales d'indications physiologiques.

Les premières seront remplies par la médication sédative ; on fera appel à l'hydrothérapie chaude, le bain prolongé donnera des résultats souvent excellents ; le bain froid à 18 degrés pourra être employé avec succès dans certains cas. On prescrira des médicaments calmants, des hypnotiques (bromure, chloral, véronal, sulfonal).

L'indication thérapeutique qui découle de la dépression sera combattue par une médication tonique et excitante. L'hydrothérapie, sous forme de douches froides, rendra les plus grands services. Les toniques, tels que le quinquina, seront prescrits Dans certains cas d'inhibition trop grande, on pourra faire appel aux stimulants diffusibles : caféine, éther, huile camphrée.

Les troubles fonctionnels de l'appareil circulatoire seront également justiciables d'une thérapeutique active.

On devra également surveiller le tube digestif et le rein et intervenir par des moyens appropriés, si l'on constate des modifications pathologiques du fonctionnement de ces appareils.

C. *Indications tirées de l'anatomie pathologique.* — Ces indications se posent aisément, mais sont difficiles à remplir. En effet, l'existence, dans certains cas, d'une méningo-encéphalite nous laisse complètement désarmé, cepen-

dant, certaines de ces lésions peuvent passer à l'état chronique et s'organiser définitivement sous forme de séquelles. On peut, au moment de la convalescence, essayer de lutter contre ce processus organique en donnant des médicaments résolutifs et, en particulier, de l'iodure de potassium.

D. *Indications étiologiques et pathogéniques.* — Elles sont fournies par les causes mêmes de la maladie. Or, suivant les cas, nous avons affaire à des phénomènes d'origine névrosique, à des troubles de la nutrition d'origine pubérale, ou enfin à une toxi-infection. Dans cette dernière hypothèse, notre médication devra être dirigée contre l'agent microbien causal, et le meilleur moyen de la remplir serait évidemment l'emploi d'un sérum spécifique. En attendant que l'on ait découvert un sérum de ce genre, nous nous bornerons à instituer la thérapeutique habituelle des infections.

Contre l'élément névrosique, l'isolement, la psychothérapie, etc , nous seront d'un précieux secours, et, enfin, les troubles de la nutrition liés à la puberté seront justiciables d'une médication tonique et reconstituante.

CONCLUSIONS

1° Au point de vue clinique on peut considérer trois sortes de troubles psychiques dans la chorée de Sydenham.

a) *Tous* ces malades présentent un état mental habituel caractérisé par de l'émotivité, de l'irritabilité, de l'instabilité, de l'aboulie, de l'hypoprosexie avec intégrité de l'intelligence.

b) *Quelques-uns* d'entre eux présententent des délires hallucinatoires avec confusion mentale; il s'agit tantôt de troubles oniriques simples (*hallucinations hypnagogiques*); tantôt de troubles plus nets (*hallucinations diverses, illusions, délires, embrouillement intellectuel*); tantôt de manifestations graves, aboutissant souvent à la mort (*confusion hallucinatoire aiguë avec agitation ou stupeur, délire aigu des chorées mortelles*).

2° L'anatomie pathologique ne donne de résultats positifs que dans les chorées mortelles. On trouve alors à l'autopsie, soit une hyperhémie encéphalique diffuse, soit de véritables lésions de méningo-encéphalite.

3° La pathogénie des trouble psychiques choréiques est liée à celle de la chorée elle-même.

a) Le fond de dégénérescence mentale qui existe chez tous les choréiques tient sous sa dépendance l'état mental habituel, certaines bouffées délirantes passagères, et rend compte de l'association d'une vésanie avec la chorée.

b) La chorée de Sydenham n'est qu'un syndrome qui relève tantôt d'un état névrosique, tantôt de troubles de la nutrition liés à la puberté, tantôt d'une toxi-infection (rhumatismale le plus souvent).

Ces trois sortes de causes peuvent les unes et les autres donner lieu à des hallucinations, à divers délires et à un degré variable d'embrouillement intellectuel.

Les cas légers peuvent s'expliquer soit par la névrose, soit par les troubles de la nutrition pubéraux, soit par la toxi-infection, mais cette dernière est seule en cause dans les cas graves.

4° Le traitement devra viser chacune des indications thérapeutiques fournies par la symptomatologie, la physiologie et l'anatomie pathologique, l'étiologie et la pathogénie, et différera suivant que l'on se trouvera en présence de troubles d'origine névrosique, de troubles nutritifs ou de phénomènes toxi-infectieux.

BIBLIOGRAPHIE

Joffroy. — De la folie choréique : définition et nature de la chorée. Semaine médicale, 25 février 1893, p. 89.

— Des myopsychies. Revue neurologique, 1902, p. 289.

Dayrande. — Contribution à l'étude des formes graves de la chorée. Thèse Paris, 1905.

Breton. — Etat mental dans la chorée. Thèse Paris, 1893.

Mairet. — Leçons cliniques sur la folie de la puberté. Ann. méd. psyc., 1889.

Pianese. — Riforma medica, 14 juillet 1891.

Berkley. — Contr. à la th. microb. de la chorée. The John Hopkins Hosp. Reports, 1891.

Triboulet. — Du rôle possible de l'infection dans la chorée. Thèse Paris, 1893.

Rousseau. — Nature des psychoses choréiques. Thèse Bordeaux, 1896.

Bienvenu. — Chorée toxique chez un prédisposé. Revue neurologique, 1902, p. 1075.

Dutil. — *In* Traité de pathologie mentale de Gilbert-Ballet, p. 865-869.

Régis. — Précis de psychiâtrie, 4e éd., p. 902-905.

Vurpas. — Les myopsychies de Joffroy ou association des troubles musculaires et des troubles psychiques. Revue de psychiâtrie, octobre 1904.

Henrique Roxo. — Archives de neurologie, psychiâtrie et sciences connexes, 1907, n° 3.

Ivanoff. — Journ. nevropathologuii i pschiatrii, Moscou, 1907, p. 1057.

Blocq et Grenet. — Art. Chorée. *In* Traité de médecine de Bouchard et Brissaud, t. X, p. 373-375.

Sollier. — Les troubles de la mémoire, 1892.

Marcé. — Mémoire présenté en 1860 à l'Académie de médecine.

Régis. — Précis de psychiâtrie, 1909.

Claude et Lhermitte. — Syndrome choréique avec troubles mentaux et mort. L'Encéphale, février 1909, n° 163.

Rémond et Lagriffe. — Annales médico-psychologiques, 1908, t. VII, 9e série.

Hesnard. — Un cas typique de confusion mentale au cours de la chorée de Sydenham. L'Encéphale, 1911.

Bouillaud. — Dict. de méd. et de chir., t. V, 1830.

Blache. — Dict. de méd. en 30 vol., t. VII, 1834.

Bergeron. — Chorée avec hallucinations. Gazette des Hôpitaux, 1861.

Ritti. — Chorée, troubles mentaux, hallucinations multiples, guérison. Union médicale, 1873.

Rosaguiti. — De la folie choréique. Th. Montpellier, 1888.

Breton. — Etat mental dans la chorée. Th. Paris, 1893.

Vires. — Diagnostic et traitement des maladies nerveuses.

Tormasi-Crudeli. — Revista sperimentale di frenatria, 1908, vol. XXXV, fasc. 3-4.

Rémond et Voivenel. — Délire aigu avec syndrome choréique et mort subite. Annales médico-psychologiques, novembre-décembre 1909.

— Chorées aiguës et troubles mentaux. Presse médicale, 1909.

Margarot. — Les troubles psychiques dans la chorée de Sydenham. Gazette médicale de Montpellier, 1912.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 juillet 1912.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil d'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuve :
Montpellier, le 19 juillet 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !